FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926 — THÈSE — N° _

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Charles VANDIER

Né le 9 mars 1900, à Saint-Martin-les-Melle (Deux-Sèvres)

LE PRONOSTIC

DE LA

DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE

Président : M. BRINDEAU, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—

1926

LE DOYEN. . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	N...
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Clinique médicale	GILBERT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Sans chaire	ROUVIÈRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
RAMI . . .	Pathologie médicale.
GLAVE . .	Pathologie chirurgicale.
BERTIN. .	Pathologie médicale.
SSET . . .	Pathologie chirurgicale.
UDOUIN. .	Pathologie médicale.
ET	Physiologie.
ANCHETIÈRE	Chimie biologique.
ANCA. . .	Histologie.
ULÉ. . . .	Pathologie médicale.
SQUET. . .	Pharmacologie et matière médicale.
DENAT . .	Pathologie chirurgicale.
AMPY. . .	Histologie.
IRAY . . .	Pathologie médicale.
ERC . .	Pathologie médicale.
BRÉ . . .	Hygiène.
e JONG . .	Anatomie pathologique.
VOIR . . .	Médecine légale.
ALLE . . .	Obstétrique.
SSINGER .	Pathologie médicale.
IX.	Pathologie médicale.
RNIER . .	Pathologie expériment[le]
RVIER. . .	Pathologie médicale.
ITZ-BOYER	Urologie.

MM.	
HOVELACQUE .	Anatomie.
JOYEUX . . .	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER. .	Obstétrique.
LEMAITRE. .	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE . .	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL.	Obstétrique.
LHERMITTE .	Pathologie mentale.
LIAN.	Pathologie médicale.
MATHIEU. . .	Pathologie chirurgicale.
METZGER . .	Obstétrique.
MOCQUOT . .	Pathologie chirurgicale.
MONDOR. . .	Pathologie chirurgicale.
MOURE. . . .	Pathologie chirurgicale.
MULON. . . .	Histologie.
PHILIBERT. .	Bactériologie.
RIBIERRE. . .	Pathologie médicale.
RICHET Fils. .	Physiologie.
TANON. . . .	Pathologie médicale.
VAUDESCAL.	Obstétrique
VERNE. . . .	Histologie.
VILLARET . .	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
UGEROT .	Pathologie médicale.
ÉNIOT. . .	Obstétrique.

MM.	
RETTERER. .	Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM.	
AUVRAY. . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE .	Clinique médicale.
LEREBOULLET.	Clinique médicale infantile.

MM.	
LÉRI	Clinique médicale.
LŒPER . . .	Clinique médicale.
PROUST . . .	Clinique chirurgical
RATHERY . .	Clinique médicale.
SCHWARTZ .	Clinique chirurgical

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	Chargé du cours de chirurgie orthopéd chez l'adulte pour les accidentés du tra les mutilés de guerre et les infirmes adu
FREY.	Stomatologie.
CHAILLAY BERT	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibera..on en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions é dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme prop leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

En témoignage de mon affection et de ma profonde reconnaissance

A MA GRAND'MÈRE BIEN-AIMÉE

A MA FEMME

Faible hommage de ma profonde affection.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU

Professeur de clinique obstétricale
Officier de la légion d'honneur

Qui m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse témoignage de ma vive gratitude et de mon profond respect.

A MES MAITRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE POITIERS
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

INTRODUCTION

La délivrance artificielle est une opération sérieuse puisque dans le premier temps on va décoller le placenta avec la main, et que celle-ci est susceptible de porter au contact de la plaie utéro-placentaire des germes pathogènes, soit qu'elle les apporte du dehors, soit qu'elle les recueille dans son passage à travers le canal génital. Nous n'avons pas en vue ici les cas de préhension manuelle du placenta dans lesquels la main va simplement chercher dans le segment inférieur le placenta décollé, opération exceptionnelle d'ailleurs puisque l'expression, ou l'expression combinée aux tractions sur le cordon, suffisent le plus souvent.

Nous avons voulu établir qu'en raison des risques qu'elle comporte, il fallait la réserver aux seuls cas où il y avait indication absolue, et cela par l'étude d'une statistique faite à la clinique Tarnier portant sur plus de 7.000 accouchements, depuis novembre 1922 jusqu'à décembre 1925.

Nous avons éliminé de cette statistique les délivrances artificielles pratiquées au cours d'une intervention sanglante, ne conservant que celles qui ter-

minent les accouchements normaux ou au cours desquels on a eu recours à une des opération courantes de l'obstétrique qui sont à la portée de tout médecin et que chacun doit savoir bien exécuter : version, forceps, embryotomie. Enfin nous avons pris en considération tous les accouchements, prématurés ou à terme, c'est-à-dire à partir du septième mois.

Dans cette étude nous avons cru devoir séparer les cas où l'accouchement a été normal de ceux où une intervention courante a été pratiquée, car, pour cette catégorie, il est difficile dans les complications des suites de couches de faire la part de ce qui revient à la délivrance artificielle et à l'intervention elle-même.

Nous avons ainsi établi plusieurs chapitres : le premier pour la fréquence et les causes; deux autres où nous examinons séparément les délivrances artificielles précédées ou non d'intervention; un quatrième relatif au pronostic et auquel nous avons incorporé des notions essentielles de prophylaxie que l'on doit toujours avoir présentes à l'esprit et dont l'application commande le pronostic.

Nous ne voudrions pas terminer cette courte introduction sans exprimer à M. le Professeur Brindeau notre profonde reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en nous inspirant le sujet de cette thèse, et en mettant à notre disposition les observations de la clinique Tarnier.

LE PRONOSTIC

DE LA

DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE

I

FRÉQUENCE ET ÉTIOLOGIE

Nous avons constaté sur 7.101 accouchements, 162 délivrances artificielles ce qui nous donne une proportion de 2,20 0/0.

Job (1) dans une thèse récente indique une proportion globale de 4 0/0 (81 cas sur 2.031 accouchements); Royer (2) dans une statistique faite à la clinique Tarnier en 1921 indique 1,95 0/0, mais il ne considère que les délivrances artificielles de l'accouchement à terme. La statistique de Budin (3) faite à la Charité de 1883 à 1894 portant sur 6.650 accouchements signale 81 délivrances artificielles soit 1,22 0/0. Nous pouvons donc considérer que l'on a recours à cette opération dans 2 0/0 des cas environ.

1. Job. — *Fonctionnement de la clinique obstétricale Baudelocque pendant l'année* 1921. Thèse de Paris 1923, n° 199.

2. Royer. — *De la délivrance artificielle après l'accouchement à terme.* Thèse de Paris, 1921, n° 191.

3. P. Budin. — *Femmes en couches et nouveaux-né.* 1897.

Sur nos 162 délivrances artificielles, 97 ont été faites pour hémorragie, 17 pour enchatonnement du placenta dans une corne utérine, 24 pour non décollement du placenta. 24 autres ont été pratiquées immédiatement après une intervention, dont 2 pour vérifier l'état de l'utérus.

Par conséquent nous voyons que c'est l'hémorragie qui est en cause dans 60 0/0 des cas, encore cette proportion est-elle faussée par la présence des 24 délivrances artificielles immédiates. Si nous considérons en effet les accouchements spontanés, nous trouvons que sur 90 délivrances artificielles 58 reconnaissent comme cause l'hémorragie soit un pourcentage de 65 0/0. Et si maintenant nous nous occupons de l'accouchement à terme ce qui est l'éventualité de beaucoup la plus fréquente il faut encore augmenter légèrement cette proportion. Nous faisons figurer en effet dans notre statistique les accouchements des trois derniers mois ; or on sait que la rétention placentaire est d'autant plus fréquente que l'âge de la grossesse est moins avancé. Nous pouvons donc estimer que ce facteur intervient dans 70 0/0 des cas environ. C'est du reste ce qui ressort des recherches de Brosset (1), Jacobson (2), Royer, qui considérant dans leur thèse la délivrance artificielle après l'accouchement spontané à terme trouvent respectivement 79 0/0, 78 0/0, 62 0/0.

1. Brosset. — *De la délivrance artificielle après l'accouchement spontané à terme ou près du terme.* Thèse de Paris, 1897-98 n° 526.

2. Jacobson. —*De la délivrance artificielle à la clinique Bandelocque depuis* 1897. Thèse de Paris 1905-06 n° 407.

II

DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE PRÉCÉDÉE D'INTERVENTION

Nos recherches nous ont permis de relever 72 délivrances artificielles ayant succédé à une intervention courante.

Mortalité. — Sur ce nombre nous avons eu à enregistrer cinq cas de mort, dont voici les observations résumées :

OBSERVATION I

Primipare ayant une présentation du siège (siège complet).

21 février. — La dilatation longue, pénible, ayant duré 48 heures pour n'atteindre qu'une paume de main, on tente d'abaisser un pied.

16 h. 30. — Abaissement pénible du pied antérieur. On n'entend plus les bruits du cœur.

17 h. 30. — Extraction du siège assez facile jusqu'à la tête. Rétraction du col sur tête dernière. On extrait la tête après perforation aux ciseaux de Blot.

20 h. 30. — Délivrance artificielle pour enchatonne-

ment dans la corne gauche. On fait 1 cc. d'hypophyse. La femme ne perd pas.

23 h. 30. — La femme se réveille, se trouvant mal, et frissonne. Elle est pâle.

Utérus bon. Pas d'hémorragie.

24 h. — La femme est mieux. Température 36°3. Pouls 108.

Le lendemain la température est de 36°, le pouls s'accélère et la femme meurt.

A l'autopsie on constate une déchirure du segment inférieur.

OBSERVATION II

Secondipare admise le 11 mai à la clinique pour hémorragie, la quatrième dit-elle. A l'examen on constate une grossesse de 8 mois avec présentation transversale.

12 mai. — Hémorragie toute la nuit. Pouls 90. On lui fait 1 cc. de morphine, une injection vaginale chaude, et on lui met de la glace sur le ventre.

10 heures. — Col entr'ouvert en voie d'effacement. Vagin bourré de caillots. Bruits du cœur sourds.

11 h. 30. — On place un ballon de Champetier de Ribes de 500 gr. qui crève, puis un 2e ballon qui crève également. La dilatation est d'une petite paume, le col est souple, la poche des eaux intacte.

On fait une version qui ne présente aucune difficulté et on extrait lentement un enfant mort. Délivrance artificielle immédiate. La femme saigne et on fait une série de tamponnements qui s'imbibent tous.

13 h. 30. — La femme meurt sans qu'on ait pu arrêter l'hémorragie.

Autopsie refusée.

OBSERVATION III

Secondipare à terme, avec présentation du sommet et placenta praevia central. Elle perd légèrement depuis 3 jours.

26 septembre. — Rupture artificielle des membranes suivie de la pose d'un ballon de Champetiers de Ribes. Celui-ci est expulsé au bout de peu de temps et on constate une dilatation grande paume avec col souple, dilatable. La femme perd. On fait une version par manœuvres internes, l'extraction de l'enfant est facile. Délivrance artificielle. La femme saignant, on constate en mettant une valve et des pinces une déchirure du col à gauche, remontant jusqu'au niveau de l'insertion vaginale et ne saignant pas.

15 h. 30. — On fait un premier tamponnement. Sérum artificiel. Ergotine. Huile camphrée. Caféine. Pouls 140. Utérus bon.

16 h. 30. — La femme, saigne le tamponnement est imbibé. Pouls rapide. Utérus mou par moment. On retire le tamponnement, on donne une injection intra-utérine chaude et on fait 1 cc. d'hypophyse.

16 h. 40. — Deuxième tamponnement suivi d'injection d'huile camphrée. On donne de l'adrénaline *per os*. Pouls 160.

La femme semble de plus en plus abattue avec ten-

dances syncopales. On lui fait de l'huile camphrée, du sérum artificiel intra-veineux, et elle prend de l'adrénaline.

17 h. 45. — La femme saigne toujours. On fait un 3e tamponnement et on suture le col au catgut. La femme est exsangue, le pouls incomptable.

18 h. 30. — Hystérectomie vaginale.

19 h. 15. — La femme succombe.

OBSERVATION IV

Multipare enceinte de 8 mois et demi, entre à la clinique pour une hémorragie très forte d'emblée. Il n'y a pas eu d'autre hémorragie dans le cours de la grossesse. L'état à l'entrée est le suivant : « Femme décolorée, pouls imperceptible, bruits du cœur non entendus, dilatation entre deux et cinq francs, col souple, suintement sanguin continu ».

On rompt largement les membranes et on fait une dilatation bimanuelle sous anesthésie rachidienne, puis on extrait le fœtus par cranioclasie. Délivrance artificielle immédiate. Mais on n'arrive pas à arrêter l'hémorragie ni à remonter la femme ; les injections intra-veineuses de sérum artificiel, les injections sous-cutanées d'huile camphrée, d'hypophyse, les tamponnements successifs, la transfusion sanguine pratiquée en dernier lieu échouent, et la femme meurt.

A l'autopsie on a trouvé une fissure longue de 5 à 6 centimètres intéressant le bord droit du segment inférieur.

OBSERVATION V

Primipare envoyée à la clinique après deux tentatives infructueuses d'application de forceps.

Nouvelle application infructueuse à l'arrivée, le 9 juin.

3 h. 45. — Cranioclasie sur fœtus dont les bruits du cœur sont très lents et assourdis.

6 h. 40. — Délivrance artificielle pour rétention placentaire. La femme saigne moyennement. Injection intra-utérine iodo-iodurée. Sérum artificiel sous-cutané et intra-veineux. Ergotine. Huile camphrée. Adrénaline *per os*.

Glace sur le ventre. Température 39°.

10 juin. — La femme meurt.

Autopsie refusée.

En somme si nous recherchons les causes de ces décès, nous constatons qu'il y a 2 ruptures utérines (obs. I et IV), 2 hémorragies (obs. II et III), et un cas que l'on ne peut expliquer (obs. V). Il est donc évident que la délivrance artificielle n'est nullement à incriminer, même dans l'observation V où la mort est survenue trop tôt pour lui être imputable.

Morbidité. — Pour établir l'importance de la morbidité nous laisserons de côté les cas où la température n'a pas dépassé 38 degrés pendant deux ou trois jours. Ici la poussée thermique semble reconnaître des causes variables : fatigue, résorption d'éléments thermogènes, rupture prématurée des membranes avec infection amniotique, lésions des parties molles, quelque-

fois montée laiteuse quand celle-ci est très accentuée, plus souvent constipation si fréquente chez les nouvelles accouchées. Nous ne tiendrons pas compte non plus des observations où la température plus élevée ou plus prolongée relève d'une infection mammaire, ou d'une infection colibacillaire localisée à l'arbre urinaire, ni de celles où la température a été l'unique symptôme enregistré, sans modification notable de l'état général et surtout sans troubles du côté de la sphère génitale, en un mot de celles où le transport de la femme dans une salle d'isolement n'a pas été nécessaire et qui reconnaissent dans certains cas comme cause une de celles que nous avons déjà signalées.

Il nous reste ainsi 10 observations que nous allons résumer :

OBSERVATION VI

Primipare au terme de sa grossesse.

Poche des eaux rompues (?)

23 avril. — On fait une application de forceps en G. A. pour inefficacité des efforts expulsifs. Délivrance artificielle pour hémorragie assez abondante. Température 38°. Pouls 80.

Suites de couches. **26 avril. — Température 39°2. Pouls 96.**

27 avril. — Température 38°8. Pouls 84-92.

28 avril. — Température 38°6-39°6. Pouls 84-120. A ce moment on fait une hémoculture qui a été positive.

29 avril. — Température 38°-38°6. Pouls 92.

Puis la température descend pour devenir normale le 3 mai.

Le 5 mai, la femme sort sur sa demande.

OBSERVATION VII

Grossesse gémellaire de 8 mois chez une secondipare.

Pendant sa grossesse la femme a toujours été sans forces et a perdu 10 kgrs. Ni toux, ni expectoration.

6 février, 11 heures. — Rupture prématurée des membranes.

7 février, 18 h. 30. — Application de forceps sur le premier enfant en G A. Le deuxième enfant se présentant par le siège, on l'extrait. Délivrance artificielle immédiate. Pas de déchirure du col.

Une hémorragie se produit par inertie utérine ; on fait un premier tamponnement : l'hémorragie continue ; on en fait un deuxième et l'hémorragie s'arrête. Spartéine. Hypophyse. Huile camphrée. Sérum sous-cutané et intra-veineux.

Suites de couches. — La température oscille de 37°2 à 38°3 jusqu'au 13.

Le 13 les lochies sont fétides, on donne alors une injection intra-utérine à la malade et on fait un pansement à la bouillie lactique. Glace sur le ventre.

La température baisse et se maintient autour de 37°.

Etat bon à la sortie le 22 mars.

OBSERVATION VIII

Primipare au terme de sa grossesse.

23 avril. — Rupture des membranes à dilatation complète ; application de forceps en G A pour inefficacité des efforts expulsifs. Délivrance artificielle pour hémorragie assez abondante.

Suites de couches. — Jusqu'au 25 la température se maintient autour de 38°, et le pouls autour de 80.

26 avril. — Température 37°3-39°2. Pouls 96.

27 avril. — Température 38°8. Pouls 84-92.

28. — Température 38°6-39°6. Pouls 84-120. A ce moment on fait une hémoculture qui est positive.

29 avril — Température 38°-38°6. Pouls 82.

Puis la température descend pour devenir normale le 3 mai.

Le 6 mai, la malade sort sur sa demande.

OBSERVATION IX

Primipare à terme avec bassin rétréci.

9 janvier, 2 h. 30. — Rupture prématurée des membranes. Liquide teinté et fétide.

11 janvier. — Cranioclasie sur enfant mort. Délivrance artificielle immédiate. On constate une déchirure légère du col sur laquelle on place 3 points de catguts. Ergotine. Huile camphrée. Sérum sous-cutané. La femme est shokée, frissonne et se refroidit ; le pouls est à 150.

On la met en déclive et on masse l'utérus. Sérum intra-veineux. Spartéine. Hypophyse. L'utérus se contracte, ne saigne pas. La femme se réchauffe. Pouls 140.

Suites de couches: 12 janvier. — Température 37°4-37°6. Pouls 90. Lochies fétides. La femme est mise à l'isolement avec glace sur le ventre, injection intra-utérine et pansement à la bouillie lactique.

Jusqu'au 21 la température varie de 37°5 à 38°5, le pouls se maintient de 100 à 110.

22 janvier. — La température tombe brusquement mais le pouls reste autour de 96 et cela jusqu'au 27. A cette date la malade sort sur sa demande.

OBSERVATION X

Multipare à terme.

10 février. — On fait une application de forceps en G A après rupture des membranes à dilatation complète. La rotation n'ayant pu être faite, le dégagement a lieu en O P. Anesthésie au chloroforme.

Délivrance artificielle pour hémorragie suivie de révision utérine ramenant des débris de placenta et de caduque. Injection intra-utérine. Glace sur le ventre.

Suites de couches. 12 février. — On purge la malade.

13 février. — Escarre vaginale que l'on traite par un pansement à la bouillie lactique, et œdème de la grande lèvre droite sur laquelle on met des compresses chaudes.

Température 39°6. Pouls 100.

14 février. — La température varie de 38°7 à 39°3.

Elle décroît jusqu'au 18 février où elle n'est plus que de 37°3. Elle remonte à 39°5 le 19, on fait alors monter la femme à l'isolement. Pouls 100.

20 février. — La température n'est plus que de 37°3.

21 février. — Clocher thermique à 40°1.

Puis décroissance rapide avec apyrexie le 25 février.

Etat satisfaisant à la sortie le 3 mars.

OBSERVATION XI

Primipare à terme portant un très gros enfant.

3 avril. — Rupture tempestive des membranes avec liquide vert. A ce moment les bruits du cœur du fœtus cessent d'être entendus. On décide une basiotripsie. L'opération est très difficile, s'accompagne d'éviscération et d'extraction par lambeaux. Délivrance artificielle immédiate suivie de révision utérine Injection intra-utérine iodée. Hypophyse.

Suites de couches. 9 avril. — Température 38°4. Pouls 100.

10 avril. — Température 39°1-39°9. Pouls 100. On fait monter la femme à l'isolement. La température tombe progressivement à 37°2 jusqu'au 13.

14 avril. — Frissons durant 35 minutes. Température 40°4 39°9. Pouls 100.

15 avril. — Température 40°6-37°6. Pouls 80.

16 avril. — Température 37°5-39°5. Pouls 100.

La température se maintient autour 39°2-40°2 jusqu'au 21.

22 avril. — La température qui est descendue à 36°2 le matin remonte à 40°1 le soir. Pouls 60.

23 avril. — Température 36°9-38°9. Pouls 60.

24 avril. — Température 38°2-39°3. Puis chute progressive à l'apyrexie.

Le 4 mai la malade sort sur sa demande après 4 jours d'apyrexie, se plaignant un peu de la jambe gauche.

OBSERVATION XII

Multipare au terme de sa grossesse.

14 avril. — Rupture tempestive des membranes. Application de forceps pour inefficacité des efforts expulsifs. Délivrance artificielle pour hémorragie ; placenta adhérent dans la corne droite. Glace sur le ventre. Déchirure du périnée réparée par 3 crins.

Suites de couches. 18 avril. — La température monte progressivement à 39°1. Le pouls atteint 110. La femme est constipée depuis son accouchement.

21 avril. — La température se maintient autour de 38°-39°, le pouls est à 110. La femme monte à l'isolement. On supprime les fils, le périnée est bien repris.

24 avril. — La femme est purgée ; la température redescend progressivement à 37°8.

29 avril. — Température 37° 5. Pouls 90. La femme quitte la salle d'isolement.

8 mai. — Sortie avec état satisfaisant après 8 jours d'apyrexie.

OBSERVATION XIII

Primipare au terme de sa grossesse.

13 septembre. — Rupture prématurée de la poche des eaux. Liquide normal.

14 septembre, 5 h. 30. — Application de forceps pour lenteur de la période d'expulsion. Déchirure du périnée réparée par deux crins. Délivrance artificielle pour hémorragie après injection funiculaire infructueuse. Révision utérine. Injection de sérum artificiel. Glace sur le ventre.

Suites de couches. 17 septembre. — Température 38°3-39°2. Pouls 110-120. Vive douleur latéro-utérine droite.

18 septembre. — Température 38°3-39°5. Pouls 116. Violente céphalée. Frissons légers. Teint d'anémie infectieuse.

19 septembre. — On lui administre une purgation suivie de 4 selles. La température baisse.

27 septembre. — La température qui était normale remonte à 38° et se maintient de 37° à 38°2 jusqu'au 1er octobre. La malade est très constipée.

L'examen pratiqué le 8 octobre avant le départ de la malade montre : « Utérus gros, douloureux ; col entr'ouvert. Très constipée ».

OBSERVATION XIV

Primipare amenée de ville après trois applications de forceps infructueuses.

25 avril. — A l'arrivée on trouve : Bruits du cœur non perçus ; dilatation grande paume. Procidence du cordon. On fait une basiotripsie. Délivrance artificielle pour adhérence du placenta. Le col présente deux déchirures latérales réparées au catgut. Température 38°. Pouls 100.

La température oscille de 37°2 à 38°2 jusqu'au 28.

Suites de couches. 29 avril. — Température 39°. Pouls 110. Utérus basculé à droite, gros, douloureux. Lochies grisâtres, peu fétides. Langue humide, rosée, selles normales. Bon état général. On fait 20 cmc. de sérum antistreptococcique.

30 avril. — Température 38°1-39°2. Pouls 110-120. Sérum antistreptococcique.

Du 1er au 3 mai la température est voisine de 38°, le pouls est à 100. Le 3 mai au soir : frisson. Température 40°. Pouls 110. Langue saburrale. Etat général peu touché. Hémoculture.

4 mai. — Température 39°4. Pouls 100. Sérum antistreptococcique. Hémoculture négative.

6 mai. — La température redescend à la normale. Bon état général.

17 mai. — Sortie avec état satisfaisant.

OBSERVATION XV

Primipare au terme de sa grossesse.

16 août, 9 heures. — Rupture prématurée des membranes.

17 août, 4 h. 30. — Application de forceps pour souffrance fœtale. Délivrance artificielle 20 minutes après

pour forte hémorragie suivie d'injection chaude iodo-iodurée. Déchirure du périnée réparée par 2 crins. Huile éthéro-camphrée. Sérum. Glace.

Suites de couches. — La température partant de 38° monte progressivement par grandes oscillations variant de 1° à 1°5 jusqu'à 40° le 23 août. Le pouls atteint 130. On enlève les fils, le périnée n'est pas repris.

La température baisse et le 25 août elle est normale.

27 août. — Réascension à 40°7, le pouls suit la marche de la température. On fait du vaccin coli-soude.

Chute brusque de la température le 28 août. Coli-soude le 29. L'apyrexie se maintient.

6 septembre. — Sortie avec état satisfaisant.

Si nous recherchons les causes de ces suites de couches pathologiques, nous trouvons 4 endométrites puerpérales pour lesquelles il est intéressant de noter que 3 fois il y a eu rupture prématurée des membranes remontant à plus de vingt heures (obs. VII, IX, XIII, XIV,); 3 états septicémiques légers où l'hémoculture fut faite et trouvée positive deux fois (obs. VI, VIII, XI); une infection vulvo-vaginale (obs. X). Restent deux observations qui, à notre avis, ne méritent pas être mises sur le compte de la délivrance artificielle. Dans l'observation XII en effet il semble que l'on soit plutôt en présence d'une colibacillémie que d'une infection puerpérale; et dans l'observation XV le colibacille a dû être en cause également puisqu'on a fait du vaccin coli-soude. Nous avons donc, en laissant de côté ces deux cas douteux, une morbidité de 8 sur 92 soit 11, 1 0/0

III

DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE APRÈS L'ACCOUCHEMENT SPONTANÉ

Dans 90 cas l'accouchement a été naturel, et c'est sur ceux-là que va porter principalement notre étude. En effet, la délivrance artificielle restant la seule intervention pratiquée, c'est elle surtout qui sera responsable des suites de couches pathologiques. Certes, alors même que tous les temps de l'accouchement ont été normaux on voit des suites de couches fébriles, et nous en voulons pour preuve la statistique de Job qui sur 106 infections avec température, utérus douloureux, lochies fétides, trouve 47 accouchements spontanés, mais nous n'en réduisons pas moins les causes d'erreur.

Mortalité. — Nous avons eu à enregistrer 3 décès dont voici les observations résumées.

OBSERVATION XVI

Accouchement normal chez une multipare enceinte de 8 mois 1/2, le 15 novembre à 2 h. 50. A 4 h. 10 on pratique la délivrance artificielle pour hémorragie persistante. On constate que le placenta est très adhérent dans

la corne droite, et il reste des membranes dans l'utérus. Sérum sous-cutané et intra-veineux. Iodage de la cavité utérine. Injection chaude iodo-iodurée intra-utérine.

Suites de couches, 18 novembre. — La femme a un grand frisson. Température 39°2.

19 novembre. — Elle a trois nouveaux frissons, le matin, le soir et dans la nuit. On constate qu'elle transpire, la langue est sèche, les lochies fétides, et il y a une légère dyspnée. Température 36°2-4o. Pansement à la bouillie lactique. Glace sur le ventre.

21 novembre. — Température 38°4-36°9. La malade est pâle, affaiblie, mais mieux. On lui fait de l'huile camphrée, du sérum sous-cutané, et on lui donne de l'hémostyl avant les repas.

20 novembre. — Température 38°8-38°. Les lochies sont moins fétides, la malade se sent bien. Le mieux se poursuit jusqu'au 25 novembre date à laquelle la sortie est autorisée ; mais la malade au moment de se lever retombe en arrière, pâle. Le pouls est imperceptible. L'interne de garde appelé n'a pu la ranimer.

OBSERVATION XVII

Primipare accouchée chez une sage-femme agréée. L'accouchement a été normal. Une heure après : hémorragie. La sage-femme tente une délivrance artificielle mais ne réussit pas à décoller le placenta.

6 h. 15. — A la clinique on fait une délivrance artificielle immédiate ; le placenta est enchatonné dans la

corne gauche. Durant l'intervention on constate que l'utérus ne se contracte pas. On fait une injection chaude intra-utérine de 4 litres. L'utérus contracte surtout la corne droite, la corne gauche restant flasque et béante. On fait 2 centimètres cubes d'ergotine : l'utérus se contracte et l'hémorragie s'arrête.

6 h. 45. — Le fond de l'utérus s'élève, celui-ci est mou. On fait un tamponnement puis 750 cmc. de sérum chaud intra-veineux. On obtient un mieux sensible et le pouls remonte.

7 h. 10. — La femme perd ; on enlève le tamponnement ; on fait une injection iodo-iodurée très chaude, et on masse l'utérus qui se contracte, puis se relâche peu après.

7 h. 50. — On fait une transfusion de 300 cmc. de sang. Malgré cela le pouls faiblit et la femme succombe à 8 heures.

Autopsie. — On trouve une corne gauche large. On fait une injection de bleu dans les artères hypogastriques : le bleu coule au niveau de la corne gauche. Le reste de l'utérus est intact, les culs-de-sac également. Rien dans le péritoine ou les ligaments larges.

OBSERVATION XVIII

Primipare à terme. Rupture de la poche des eaux à dilatation complète. Accouchement normal le 22 mars à 6 h. 50. Délivrance artificielle pour hémorrragie suivie d'une injection intra utérine chaude, et d'injections sous-cutanées d'huile camphrée et de sérum artificiel.

Suites de couches, 23 mars. — Température 38°2. Pouls 90.

24 mars. — Température 36°7-36°5. Pouls 100.

25 mars. — Température 37°5. Pouls 100.

26 mars. — La femme a un grand frisson suivi de température à 40°3. Pouls 128. On fait un curage digital suivi de curettage ramenant des débris placentaires, puis on donne à la malade une injection utérine iodée chaude suivie d'un tamponnement au filtrat de streptocoques de Besredka. Huile camphrée. Glace sur le ventre.

La température se maintient très élevée et subit de grandes oscillations partant de 37°2 ou 37°5 et atteignant 39°5. Tous les 2 ou 3 jours la température vespérale s'élève en clocher pour atteindre 41°2 ou 41°6, et chaque ascension de cette nature est accompagnée de frissons durant de 20 à 30 minutes. Le pouls suit la marche de la température.

Le 29 mars, le 30 et le 2 avril on fait une injection intra-utérine de sérum de Besredka. De plus le 2 avril on tente de faire un abcès de fixation qui ne prend pas.

Le 14 avril la femme succombe.

Nous voyons par conséquent que l'une des femmes est morte d'embolie pulmonaire au moment de son lever (obs. XVI), l'autre d'hémorragie (obs. XVII), la troisième d'infection puerpérale (obs. XVIII). Nous ne mettons pas sur le compte de la délivrance artificielle le deuxième décès, où elle s'est malheureusement montrée impuissante à enrayer une complication; quant aux deux autres où il y a eu infection,

ils peuvent lui être attribués, ce qui nous donne un pourcentage de 2, 22 0/0. Mais si nous les rapportons à l'ensemble de nos 162 observations, cette proportion se trouve réduite à 1, 23 0/0. Ces chiffres sont d'ailleurs voisins de ceux qui ont déjà été obtenus, puisque Brosset a relevé 2 cas de mort sur 115 observations. Jacobson sur 90 délivrances artificielles ne signale pas de décès, et Royer a trouvé 2 cas de mort sur 99 cas.

Morbidité. — Nous procéderons ici comme dans le chapitre précédent, en éliminant les infections qui n'ont pas de point de départ génital, de même que les élévations de température où celle-ci a été le seul symptôme important à côté de l'élévation parallèle du pouls. Nous avons retenu ainsi 7 observations que nous reproduisons résumées.

OBSERVATION XIX

Grossesse gémellaire chez une primipare.

8 janvier. — Rupture artificielle des membranes à dilatation complète. Accouchement naturel. Deux heures après, délivrance artificielle pour rétention placentaire et légère hémorragie. On constate à l'examen du col une déchirure latérale gauche se prolongeant jusqu'aux culs-de-sac. Suture au catgut. Tamponnement vaginal.

Suites de couches. 9 janvier. — Température 37°-37° 8. Pouls 80.

10 janvier. — Température 38° 5-38° 8. Pouls 100. Glace sur le ventre.

11 janvier. — Température 38° 4-36° 7. Pouls 96. Lochies fétides. Pansement à la bouillie lactique dans le vagin.

12 janvier. — Température 37°5-38. Pouls 90. Puis chute rapide de la température à la normale.

23 janvier. — Sortie avec état satisfaisant.

OBSERVATION XX

Grossesse à terme chez une primipare.

17 novembre, 1 heure. — Rupture précoce des membranes. A 5 heures, accouchement normal.

9 h. 15. — Délivrance artificielle pour inertie utérine et non décollement du placenta, suivie d'injection intra-utérine iodée. Huile camphée. Sérum artificiel sous-cutané.

Suites de couches. 18 nov. — Le soir la température est de 38° 7. Pouls 104. Fond de l'utérus douloureux. Lochies fétides.

19 nov. — Température 38°3-39°1. Pouls 108-124. Crevasse du sein. Lymphangite.

20 nov. — Température 38°1-39°3. Pouls 112-128. Lymphangite. Lochies fétides.

21 nov. — Température 38°4. Pouls 120. 4 cc. de vaccin (?)

Nouvelle injection de vaccin le 23 et le 24 novembre. La température baisse et n'est plus que de 37°5 le 27.

28 nov. — Température 38°. Le pouls remonte de 90 à 130.

29 nov. — Température 38°1-39°3. Pouls 120.

30 nov. — Température 37°6-39°. Pouls 100.

Puis la température baisse pour être normale le 5 décembre.

Le 11 décembre la femme sort, son état est bon.

OBSERVATION XXI

Grossesse à terme chez une primipare.

3 février. — Rupture des membranes à dilatation complète. Accouchement normal. Délivrance artificielle pour rétention placentaire et signes d'anémie. Iodage de la cavité utérine ; l'utérus se contracte bien. Hypophyse. Huile camphrée. Sérum artificiel.

Suites de couches. 4 fév. — Dans la nuit, alternatives de frissons et de sueurs. La femme prend de l'hémostyl. Température 38. Pouls 108.

5 fév. — Céphalée légère. Température 37°6-38° 2.

6 fév. — Céphalée intense. Douleur le long du bord droit de l'utérus. Hypophyse 1/2 cc. Température 37°8-39. Pouls 100.

7 fév. — Céphalée. Quelques petits frissons. Teint pâle. Température 38°2-39°2. Pouls 108. Hypophyse 1/2 cc.

Puis chute de la température à 38°. On fait encore 1 cc. d'hypophyse.

10 fév. — Le matin température 37°2. A 21 heures : frisson violent durant 1/2 heure. Température 39°4. Pouls 108.

11 fév. — Frisson à 15 heures durant 15 minutes. Température 38°-40°1. Pouls 100. On cesse l'hypophyse.

12 fév. — Céphalée violente. Utérus encore gros, non douloureux. Température 38. Pouls 96.

15 fév. — La température est redescendue à 37°8. Le pouls est à 90. Biolactyl. Régime lacto-végétarien.

A partir du 16 la température oscille de 37 à 38.

Le 21 février : apyrexie, et le 25 la femme sort guérie.

OBSERVATION XXII

Primipare près du terme.

12 janvier, 16 heures. — Rupture prématurée des membranes.

13 janvier, 8 heures. — Accouchement naturel. Délivrance artificielle pour hémorragie ; le placenta est enchatonné dans la corne droite. Huile éthéro-camphrée. Sérum.

Glace sur le ventre. Révision manuelle ramenant des débris placentaires. Température 38°4. Pouls 104.

Suites de couches, 15 janvier. — Température 37°2-38. Pouls 120.

17 janvier. — L'examen montre : « Utérus un peu sensible, céphalées, lochies fétides. » On injecte de l'hypophyse. Température 38°5-38°1. Pouls 110.

Jusqu'au 19 la température oscille de 37°2 à 38 et descend à la normale le 20.

Apyrexie les jours suivants. Le pouls est à 80.

Le 5 février, sortie avec état satisfaisant.

OBSERVATION XXIII

Grossesse à terme chez une secondipare.

26 septembre, 7 h. 20. — On ne perçoit plus les bruits

du cœur. La dilatation est complète, on rompt la poche des eaux : il s'écoule un liquide couleur purée de pois. On fait un peu d'expression et la tête se dégage très rapidement.

7 h. 30. — Naissance d'une fille morte. Circulaire très serrée au niveau du cou et des bras.

10 h. 15. — Délivrance artificielle pour non décollement du placenta après une injection intra-utérine chaude qui n'a pas donné de résultat. Pas d'hémorragie.

Suites de couches, 27 septembre. — Température 37°-38°2. Elle se maintient ainsi jusqu'au 30, mais le pouls monte et atteint à ce moment 110 alors que la température n'est que 37°4. Glace sur le ventre. Sérum glucosé rectal. La femme monte à l'isolement.

1er octobre. — Frissons. Température 40°3. Pouls 120. Sérum glucosé rectal. Glace sur le ventre. Huile camphrée. Pansement à la bouillie lactique.

Même traitement jusqu'au 5 octobre. A cette date : température 36-37°4. Pouls 84.

6 octobre. — Température normale. On supprime sérum et huile camphrée.

8 octobre. — Température normale. On supprime la glace.

11 octobre. — Apyrexie. La malade sort sur sa demande.

OBSERVATION XXIV

Primipare au terme de sa grossesse.

26 août. — Rupture prématurée de la poche des eaux. Liquide normal. Accouchement normal. Délivrance arti-

ficielle pour adhérences, suivie d'injection intra-utérine iodée. Glace sur le ventre.

Suites de couches. 29 août. — Température 40°. Pouls 130. Injection à la liqueur de Labarraque.

Frissons fréquents le 29 août, le 30, le 1er septembre et le 6.

31 août. — Douleur au toucher. Sérum sous-cutané.

5 septembre. — Diarrhée profuse.

Du 29 août au 8 septembre la température se maintient aux environs de 39° avec oscillations variant de quelques 1/10 à 1 1/2.

9 septembre. — La femme souffre du ventre à gauche cependant que la température baisse progressivement pour être normale le 19 septembre.

L'observation résume ainsi cet état pathologique : « Infection avec phénomènes de décharges septiques successives, d'intensité et de degré décroissants. »

A la sortie, le 24 septembre, l'examen montre : constipation, dyspepsie ; guérison locale. Etat satisfaisant.

OBSERVATION XXV

Secondipare enceinte de 6 mois et demi. A des hémorragies depuis le 4e mois.

20 février. — Rupture prématurée des membranes à 20 heures.

22 février, 18 heures. — Dilatation petite paume. Siège complet, pas de bruits du cœur. Température 39°4.

18 h. 30. — Expulsion d'un enfant mort.

20 heures. — Délivrance artificielle pour rétention placentaire sans hémorragie. On fait du sérum sous-cutané.

Suites de couches, 23 février. — Température 38°. Pouls 90.

24 février. — Température 38°2-40°3. Pouls 90. Frissons. Pansement à la bouillie lactiquè et glace sur le ventre.

Jusqu'au 26 la température oscille de 39° à 40° ; le pouls est autour de 110-120.

27 février. — Chute brusque de la température à 36°7.

28 février. — La température est de 39°5, puis elle oscille autour de 38. Pouls 110.

4 mars. — Utérus gros comme le poing, formant avec les annexes du côté droit, surtout du côté gauche, une masse dure très douloureuse au toucher.

6 mars. — Cul-de-sac droit libre ; à gauche, masse empâtée faisant corps avec l'utérus et encore douloureuse à la pression.

11 mars. — La température est normale et continue à l'êtrejusqu'au 18.

19 mars. — La température monte à 40°5. Frissons, point de côté à droite, dyspnée. Pouls 144.

20 mars. — La température baisse, mais le point de côté persiste. La malade rend quelques crachats sanguinolents.

23 mars. — Etat général meilleur. Crachats sanguinolents.

La malade continue à s'améliorer et sort guérie.

Parmi ces 7 observations nous avons donc 3 cas d'endométrite, toutes les trois assez légères (obs. XX,

XXII, XXIII); 1 cas de métro-annexite avec phlébite utéro-pelvienne ayant provoqué des accidents emboliques (obs. XXV); un autre où l'accouchée fit une endométrite avec septicémie heureusement bénigne (obs. XXIV); une infection puerpérale localisée où l'observation manque de précision (obs. XIX); et enfin une septicémie bénigne où il est difficile de faire la part de l'infection puerpérale et de l'infection d'origine intestinale, mais où il semble bien que ce soit cette dernière qui soit en cause (obs. XXI). En éliminant ce dernier cas, il nous reste 6 suites de couches pathologiques attribuables à la délivrance artificielle, ce qui constitue une morbidité de 6, 6 0/0, nettement inférieure par conséquent à celle de la précédente catégorie qui est de 11, 1 0/0.

Brosset a trouvé une morbidité de 14, 7 0/0, mais celui-ci paraît avoir incorporé dans sa statistique tous les cas où la température dépassait 38 degrés pendant plus de deux jours.

Jacobson qui ne tient compte que des cas où la morbidité semble être le résultat de l'infection à la suite de l'intervention, arrive à la proportion de 5, 5 0/0.

Enfin Royer a trouvé une morbidité de 6, o6 0/0.

Nous voyons que ces résultats sont sensiblement équivalents.

IV

LE PRONOSTIC

D'après ce que nous avons vu il résulte qu'après l'accouchement spontané suivi de délivrance artificielle on observe des cas de mort heureusement fort rares, survenant dans une proportion de 1 à 2 0/0 environ. D'un autre côté, la morbidité, c'est-à-dire les complications infectieuses non mortelles qui se produisent dans les suites de couches, est encore relativement élevée puisqu'elle atteint la proportion de 5 à 7 0/0.

Quelle est la part de l'intervention dans ces complications infectieuses? il est bien difficile de le dire. Nous avons vu en effet que dans la statistique de Job 47 infections sur 116 ont succédé à des accouchements spontanés avec délivrance naturelle. L'on peut cependant affirmer qu'elle joue un rôle certain, quand la main introduite dans l'utérus va transporter des germes au contact de la plaie utéro-placentaire. De plus nous admettons aussi qu'elle doit avoir un rôle favorisant par le traumatisme qu'elle réalise, en mettant les tissus en état de moindre résistance, créant ainsi un point d'appel pour le développement des bactéries pathogènes.

Voici donc l'infection réalisée : si les tissus se défendent bien elle restera localisée à l'endomètre, ce qui arrive le plus souvent, sinon, elle s'étendra aux annexes, au tissu cellulaire sous-séreux du bassin ou au péritoine. Dans d'autres cas l'infection envahit le système veineux soit d'emblée, soit secondairement, réalisant ainsi soit un phlébite utéro-pelvienne dont on connait la complication grave, soit une septicémie. Une autre conséquence de l'envahissement du système circulatoire par les germes microbiens est la *phlegmatia alba dolens*, et cette complication que nous n'avons pas rencontrée dans nos observations serait relativement fréquente à la suite de la délivrance artificielle. Bailly (1) en 1876 a attiré l'attention sur ce sujet et dans la statistique de Brosset on retrouve 2 cas de phlegmatia sur 17 suites de couches fébriles; Royer en signale deux sur 10 suites de couches graves.

Peut-on améliorer le pronostic de la délivrance artificielle? il ne semble pas que ce soit possible car depuis que nous avons une notion exacte de l'asepsie et des moyens qui permettent de la réaliser, les diverses statistiques donnent des résultats sensiblement équivalents. Nous sommes donc conduit à admettre que la délivrance artificielle est une opération sérieuse, faisant courir à la parturiente des risques encore trop nombreux d'infection. Parmi ceux-ci, il en est qui sont inhérents à l'intervention et qu'il

1. Bailly, Archives de tocologie, juin 1876.

est difficile d'éluder : transport inévitable de germes préexistant dans les voies génitales, traumatisme souvent léger, mais quelquefois assez considérable dans les cas d'adhérences placentaires difficiles à vaincre. Par conséquent la prophylaxie de l'infection qui doit nous permettre d'obtenir le pronostic optimum, ne pourra rien ici si ce n'est qu'elle nous commande de ne pas pratiquer cette intervention à tout propos, et de la réserver seulement aux cas où l'indication est absolue. Mais il est une catégorie de faits sur lesquels elle pourra agir efficacement, et qui doivent retenir l'attention de l'accoucheur, nous voulons parler de l'infection hétérogène.

Nous allons d'abord commencer par étudier sommairement quelles sont les indications absolues de la délivrance artificielle. En premier lieu nous avons les cas contre lesquels l'accoucheur ne peut rien, c'est-à-dire :

1° La rétention partielle du placenta révélée par l'examen du délivre;

2° La rétention totale quand il y a des adhérences anormales empêchant le décollement, ou quand il y a incarcération ou enchatonnement et qu'après deux ou trois heures (s'il n'y a pas eu d'autre indication d'intervenir) les tentatives prudentes d'extraction ont échoué;

3° A titre secondaire, la rupture utérine, les déchirures profondes du col et du vagin saignant abondamment, l'infection amniotique.

Mais la grande indication, la plus fréquente puis-

qu'elle intervient dans 70 0/0 des cas environ, et celle contre laquelle on peut le plus par les moyens ordinaires, c'est *l'hémorragie*.

Faut-il intervenir chaque fois qu'il y a hémorragie? Certes non. Il faut seulement réserver l'intervention aux cas suivants que nous reproduisons d'après Commandeur (1) :

1° Hémorragie très abondante d'emblée, parfois foudroyante;

2° Hémorragie plus lente se faisant par un suintement continu ou par à coups successifs, où il faut intervenir dès l'apparition des signes de l'anémie aiguë : la pâleur de la face et surtout l'élévation permanente du pouls au-dessus de 100 sont une indication formelle;

3° Hémorragie purement interne. Il y a peu de chances alors de voir l'inertie céder et la délivrance se faire spontanément, aussi faut-il se décider rapidement à la délivrance artificielle.

En cas d'hémorragie grave il n'y a donc pas à hésiter; mais s' l'hémorragie est légère ou de moyenne abondance il faudra la combattre par la mise en œuvre de tous les moyens susceptibles d'exciter la contractibilité du muscle utérin : massages légers à travers la paroi abdominale, injection intra-utérine d'eau bouillie chaude à 48 degrés, injection sous-cutanée d'un demi à un centimètre cube d'hypophyse. Ces procédés réussissent le plus souvent, mais on surveil-

1. Bar, Brindeau et Chambrelent, *La pratique de l'art des accouchements*, tome I, 3e édition.

lera le pouls et on se tiendra prêt à intervenir. C'est seulement en cas d'échec persistant et sur l'apparition des premiers signes de l'anémie aiguë que l'on se décidera à faire une délivrance artificielle. Naturellement il faut, aussitôt l'expulsion du fœtus, ne plus quitter la parturiente et surveiller constamment le globe utérin de façon à agir dès les premiers signes d'inertie, et ne pas se laisser surprendre par une hémorragie notable, ce qui évite à la femme une perte de sang inutile.

Examinons maintenant si nous pouvons espérer réduire le nombre de ces indications. En 1826, Monjon a tenté de substituer à la délivrance artificielle le décollement du placenta par injection dans la veine ombilicale de sérum tiède. Cette méthode dite par injection funiculaire a été rajeunie à l'étranger ces dix dernières années par Gabaston. En France Cathala et Bioncani (1) en ont récemment précisé les indications après avoir expérimenté le procédé à la Maternité de l'hôpital de Saint-Louis. Ils l'emploient principalement dans les cas où, après une opération obstétricale faite sous anesthésie, il y a intérêt à faire une délivrance immédiate. De même dans les infections amniotiques où il y a intérêt à agir vite, l'injection funiculaire permettrait de délivrer rapidement l'accouchée, d'éviter la stagnation du liquide infecté et permettre le nettoyage de la cavité utérine. Mais cette méthode ne peut guère s'appliquer aux

1. *Revue française de Gynécologie et Obstétrique*, janvier 1924.

cas d'adhérences placentaires à plus forte raison s'il y a hémorragie; ni aux cas d'inertie utérine car on ne peut savoir si à côté de l'inertie il n'y a pas d'adhérences anormales, et alors on pourrait créer un décollement partiel avec hémorragie ce qui commanderait une délivrance artificielle immédiate. Elle est également à rejeter quand il y a contracture utérine et enchatonnement. En résumé nous voyons que les avantages de cette méthode sont très restreints, que si l'on peut éviter des ennuis il convient de ne l'appliquer qu'à un nombre limité de cas, encore faut-il y avoir recours aussitôt l'expulsion du fœtus pour se ménager la possibilité d'une délivrance artificielle dans de bonnes conditions. Par conséquent si nous considérons que l'injection funiculaire doit être faite avec une asepsie parfaite, qu'elle ne dispense pas toujours d'une délivrance artificielle, nous conclurons que si dans certains cas cette méthode peut être utilisée dans un milieu hospitalier, elle ne présente pas d'avantages réels pour le médecin praticien et ne peut prétendre diminuer les indications de l'intervention que nous étudions.

L'asepsie étant un facteur très important de lutte contre les complications des suites de couches, on fera, avant de pratiquer la délivrance, une désinfection soigneuse de l'accouchée et de l'accoucheur. Pour cela on ébarbera les poils de la vulve que l'on savonnera énergiquement, puis que l'on badigeonnera de teinture d'iode fraîche. Doit-on faire une injection vaginale antiseptique? Cette mesure paraît s'imposer

au premier abord, mais on s'est aperçu que la désinfection du vagin était illusoire et la plupart des accoucheurs s'en abstiennent. Le mieux est encore de ne pas infecter le vagin au préalable par des touchers septiques et trop souvent répétés. Du reste les infections autogènes sont généralement bénignes, et « l'on peut tenir pour cliniquement certain qu'une infection grave est toujours d'origine hétérogène (1) ».

Il faut donc éviter l'infection hétérogène, et cela par une désinfection soignée des mains, des avant-bras, et de la partie inférieure des bras, par un brossage au savon suivi de lavage à l'alcool, et surtout par l'emploi des gants de caoutchouc stérilisés. L'emploi de ceux-ci est absolument indispensable car on sait combien est difficile la désinfection parfaite et permanente des mains.

Naturellement ces soins minutieux de désinfection tant du côté de l'accoucheur que de l'accouchée ne sont de mise que lorsque l'indication ne présente aucune urgence, sinon on ne saurait hésiter entre donner à la femme quelques chances d'infection, et le danger immédiat résultant de l'hémorragie.

Si l'accoucheur n'a pas de gants à sa disposition, il badigeonnera toute la surface de peau susceptible d'entrer en contact avec les voies génitales de teinture d'iode en soignant particulièrement les régions sous-unguéales si riches en microbes. Grâce à son pouvoir de pénétration considérable, l'iode en solution dans

1. Dubrisay et Jeannin, *Précis d'obstétrique* 6e édition.

l'alcool s'infiltre avec la plus grande facilité dans les espaces intercellulaires et dans les fentes lymphatiques de la peau, et pénètre dans les canaux excréteurs des glandes. Mais pour permettre à la teinture d'iode d'agir ainsi profondément, il convient de ne pas se laver à l'eau et au savon qui font gonfler les espaces intercellulaires et lymphatiques, de même que les conduits excréteurs des glandes et le collet des follicules pileux. Cependant il est une série de cas dans lesquels l'opérateur devra absolument faire usage de gants de caoutchouc stérilisés, c'est toutes les fois qu'il existera une inflammation quelconque à la surface des téguments ou qu'il aura pratiqué une des interventions suivantes : « autopsie, dissection de cadavres mal conservés, ouverture d'un phlegmon diffus, de foyers gangréneux, qu'il aura examiné des malades atteints d'érysipèle, de tétanos, de septicémie, de fièvres éruptives » (1).

Est-il possible de pousser plus loin la prophylaxie de l'infection? Oui, car l'accoucheur doit s'abstenir au moment de l'intervention de manœuvres intempestives sur le placenta et sur l'utérus, de façon à ne créer au niveau de la plaie utéro-placentaire qu'un traumatisme minimum, et à ne pas effriter des morceaux de placenta susceptibles de servir ultérieurement de milieu de culture, à moins d'adhérences trop considérables. De plus, dans aucun cas il ne quittera la cavité utérine sans s'être assuré qu'il ne reste plus

1. Tuffier et Desfosses, *Petite chirurgie pratique*, 5e édition.

de cotylédons, ni de membranes. Enfin il fera suivre l'opération d'une injection intra-utérine iodée chaude, et au besoin d'un iodage de la cavité utérine. Ajoutons que dans certains cas de rétraction totale ou partielle de l'utérus, il se trouvera bien, s'il le peut, d'avoir recours à l'anesthésie générale.

De cette façon il verra sa statistique devenir voisine de celle des grandes Maternités de Paris, en particulier de la clinique Tarnier. Certes, seul dans une famille il ne pourra jamais réunir les conditions idéales d'asepsie et de rapidité que réalise une clinique spécialisée, dotée d'un outillage parfait, où l'opérateur a toujours auprès de lui les aides et infirmières dont il a besoin, mais d'un autre côté son accouchée n'aura pas l'inconvénient d'un milieu hospitalier où l'infection quoi qu'on fasse, est plus facile que dans la clientèle privée.

CONCLUSIONS

De tout ce que nous venons d'écrire, il résulte que :

1° La délivrance artificielle est une opération dont il ne faut certes pas s'exagérer la gravité, mais qui comporte néanmoins des risques d'infection que l'on ne peut écarter ou qui sont inhérents à l'intervention, même dans la clientèle hospitalière.

2° Il ne faut y avoir recours que sur indications formelles, indications que nous avons passées en revue en spécifiant qu'en cas d'hémorragie il appartient au médecin de surveiller constamment l'accouchée, de mettre tout en œuvre pour lutter contre l'inertie utérine et tenter d'obtenir le décollement naturel du placenta avant l'apparition des signes d'anémie aiguë.

3° On ne saurait trop prendre les précautions les plus rigoureuses d'asepsie telles qu'elles résultent des connaissances actuelles, et avec ces précautions le maximum de sécurité réside dans une exécution correcte de l'intervention.

Vu : le Président de la thèse,
BRINDEAU

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. LAPIE

7031. - Impr. de la Faculté de médecine Jouve & C^ie^, 15, rue Racine, Paris - 3-26